**دانشکده دندانپزشکی ایلام، گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت**

ریکوایرمنت­های واحد رادیولوژی عملی 2

 نام و نام خانوادگی دانشجو: گروه:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ | نام بیمار | گرافی درخواستی | تکرار | خطای تکنیکی | تایید استاد |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |